

## **PSICOSES HISTÉRICAS REVISITADAS**

*Ana Sofia Nava*

Acta Médica Portuguesa, 1995; 8 : 705-712.

### **RESUMO**

A autora, baseando-se numa revisão bibliográfica sobre o tema psicoses históricas, apresenta resumidamente alguns trabalhos feitos nesta área.

O ponto de partida são os critérios de psicose histórica enunciados por Hollender e Hirsh em 1964. Estes autores são de opinião que se trata de uma patologia com identidade própria, que é produto final de um processo único. Os restantes trabalhos apresentados, tentam comprovar a premissa inicial de Hollender e Hirsh, através de estudos de caso e estudos epidemiológicos.

A autora conclui deixando em aberto este tema, que é ainda um caminho de investigação científica que está longe de ter chegado ao fim.

## **HYSTERICAL PSYCOSIS REVISITED**

### **SUMMARY**

The author, after reviewing the literature about hysterical psychosis, presents briefly some of the surveys made in this area.

The point of departure are the Hollender and Hirsh criteria for hysterical psychosis defined in 1964. These authors assumed that the clinical picture responds to a psychopathological entity wich result from a single process. The other presented surveys try to prove this conception through case report and epidemiological research.

The author concludes leaving this conception as an open question, sugesting that this could be a pathway for furthers researchs.

# ***PSICOSES HISTÓRICAS REVISITADAS***

## **INTRODUÇÃO**

Desde as primeiras tentativas de classificação a divisão nosológica das psicoses delirantes agudas constitui ponto de controvérsia. Foram identificadas as seguintes psicoses, consoante o predomínio de algum grupo sintomatológico: boufée delirante, psicose alucinatória aguda, delírio interpretativo agudo, psicose esquizofreniforme, psicose esquizoaffectiva, psicose ciclóide, psicose delirante reactiva.

Em geral referem-se a quadros delirantes e/ou alucinatórios, de começo e remissão bruscos, com um componente marcado de alteração tímica (euforia/depressão).

Também foram feitas tentativas de enquadrar etiologicamente estas entidades. Welner <sup>1</sup> refere-se a formas atenuadas de esquizofrenia. Abrams e Taylor <sup>2</sup> falam em formas atípicas de PMD. Para Faergeman <sup>3</sup> e Strömngren <sup>4</sup> são entidades autónomas de carácter reactivo/vivencial e de génese psicogénea. Hollender e Hirsch <sup>5</sup> definem a dissociação histórica da função mental como origem destes quadros psicóticos agudos, diferentes dos surtos endógenos e propõem a designação de psicoses históricas.

Este artigo tem como objectivo dar uma panorâmica dos trabalhos efectuados ao longo das três últimas décadas que tentaram esclarecer o conceito de psicose histórica. Isto porque se trata de uma matéria polémica e controversa na psiquiatria. Não tem no entanto o objectivo de tirar conclusões inovadoras, mas tão somente de fazer uma revisão sobre o assunto.

## **REVISÃO DE TRABALHOS SOBRE PSICOSES HISTÓRICAS**

**I. Hollender e Hirsch em 1964** <sup>5</sup> publicam um artigo no American Journal of Psychiatry, após terem feito uma revisão da literatura e uma sondagem entre os psiquiatras da época. Para estes autores trata-se de uma patologia com identidade própria e produto final de um processo único e propõem um conjunto de 8 critérios para se chegar ao diagnóstico de psicose histórica:

1. A psicose histórica inicia-se *súbita e dramaticamente*
2. o *início* está relacionado temporalmente com um acontecimento ou circunstância perturbadora
3. *as manifestações* mais frequentes são alucinações, delírios, despersonalização ou comportamentos bizarros
4. *os afectos* quando alterados são no sentido da labilidade e não do embotamento
5. *as alterações do pensamento*, quando ocorrem, são circunscritas e transitórias
6. o episódio agudo raramente se prolonga mais de 3 semanas e o processo regride tão súbita e dramaticamente como começou, não deixando praticamente resíduos
7. segundos e terceiros episódios podem ocorrer e normalmente ocorrem
8. *indivíduos vulneráveis* têm carácter histórico ou personalidade histórica

Estes critérios definidos, de um modo empírico, por Hollender e Hirsch vieram a servir

de base para os trabalhos que subsequentemente se fizeram nesta área. Têm sobretudo o mérito de serem inovadores para a época e de tentarem sistematizar os conhecimentos empíricos de então.

**II. Em 1967, Langness** publica um artigo **“Hysterical psychosis: the cross-cultural evidence”** <sup>6</sup>, em que fez uma revisão da literatura sobre psicopatologia transcultural, no sentido de perceber se a psicose histérica foi tratada como uma entidade e se havia relato de casos que coubessem na definição de Hollender e Hirsch.

Langness debruça-se primeiro sobre uma patologia existente no Povo de Bena Bena da Nova Guiné, assunto que ele estudou pessoalmente. Trata-se de um síndrome que atinge alguns elementos deste povo. Só são afectados homens entre os 22-32 anos, mais frequentemente os que não têm família. Os episódios têm início súbito e raramente duram mais de 24 horas, estão associados com surdez temporária e envolvem agressão contra os membros do clã, muitas vezes dirigida especificamente contra as mulheres e crianças. Os doentes correm muito, fazem gestos ameaçadores, atiram flechas e têm outras atitudes agressivas. O comportamento é muito bizarro, entrando dentro da área psicótica. Os sintomas desaparecem rapidamente e há amnésia para o acontecimento. Estes episódios são explicados pelos indígenas como resultado de espíritos malévolos, de quem têm muito medo e parecem estar associados à morte de um parente próximo.

Em relação a outras descrições deste tipo de patologia em África, Langness encontra as seguintes:

George Devereux descreveu nos Índios Morhave do Arizona quadros também diagnosticados como psicoses históricas. Afirmou que a reacção histérica é a manifestação neurótica mais comum em África. Demobovitz afirmou: “o mecanismo histérico é tão rapidamente empregue que sintomas de conversão dão colorido não só às depressões neuróticas e estados de ansiedade como também às verdadeiras psicoses”. Carothers: relata casos semelhantes no *Quénia* - nas mulheres tem o nome de saka: “histeria de possessão”. Field estudou também síndromes semelhantes no *Ghana*, chamou-os de psicoses transitórias ou reacção de medo numa personalidade histérica.

Langness conclui que as psicoses históricas que ocorrem em África, atingem os critérios definidos por Hollender e Hirsch, são similares aos episódios da Nova Guiné, e estão distribuídos numa vasta área geográfica, ocorrendo em diversos contextos culturais.

Fora do continente Africano, Langness encontra descrições relativas aos naturais de Porto Rico. Também aqui foram descritas reacções psicopatológicas, precipitadas por stress minor e que cabem no conceito de psicose histérica:

Trata-se de um estado transitório de perda parcial da consciência, acompanhado de movimentos convulsivos, hiperventilação, salivação profusa, auto e heteroagressividade (mordendo, arranhando ou atacando). O comportamento exibido é variável: grande destrutividade, regressão infantil, dissociação moderada. A crise pode demorar de alguns minutos a algumas horas, sendo tanto mais prolongada quanto maiores são os ganhos secundários. O final é súbito e alguns doentes têm amnésia do episódio. Estes doentes parecem apresentar uma personalidade histérica. Esta leitura do seu comportamento, no entanto, pode estar relacionada com os costumes porto-riquenhos de treino infantil e não

com a estrutura de personalidade.

Confrontando as diferentes patologias transculturais enunciadas, Langness conclui que : “A psicose histérica é um síndrome bem definido e diferente da esquizofrenia, transitório, reactivo a situação angustiante, largamente distribuído no mundo. Pode ou não ser característico de um tipo de personalidade. Ocorre em homens e em mulheres em proporções desconhecidas. O termo psicose histérica é muito útil pois abrange todos estes síndromes transculturais”.

Continuando a saga ao longo das psicoses transculturais, Langness detém-se de seguida noutro tipo de síndromes semelhantes, mas que não obedecem aos seguintes itens: início súbito, relação temporal com acontecimento perturbador e episódio transitório.

O *amok* é encontrado na Malásia. Os indivíduos atingidos pelo amok tornam-se progressivamente abatidos num período de horas ou mesmo de dias. Depois ficam subitamente agitados, começam a correr sem destino e matam quem lhes aparece à frente. Chama-se amok nos homens e *latah* nas mulheres. Pensa-se que a doença pode ser histérica, pois quando as vítimas de amok começaram a ser condenadas a trabalhar duramente o resto da vida a doença desapareceu na Malásia. No entanto não se sabe se a doença é transitória, pois a maioria das vítimas foi condenada à morte.

O *whitiko* é encontrada nos índios Ojibwa nos EUA e Canadá. A vítima acredita que está possuída do espírito do monstro *withiko*. O episódio caracteriza-se por depressão, náusea, desagrado pela comida e por vezes períodos de semi-estupor. A vítima fica obcecada com a ideia de que está possessa e começa com pensamentos homicidas e/ou suicidas; chegando ao estado de canibalismo homicida, pois começa a sentir os que o rodeiam como alimentos apetecíveis.

Para Langness, estas duas doenças são talvez históricas, talvez potencialmente transitórias, mas decididamente psicóticas.

O *pibloktoq*, também chamada histeria do Ártico, começa insidiosamente e atinge tanto homens como mulheres. A vítima fica abatida durante algum tempo e depois subitamente fica muito excitada: pode despir-se, partir a louça, gritar obscenidades, partir objectos, comer fezes ou outros actos irracionais. Normalmente foge e vai para a tundra onde se põe em situações de perigo. O estado de excitação dura de poucos minutos a uma 1/2 hora. É seguido de convulsões, nalguns casos por colapso e finalmente sono estuporoso ou coma. A seguir ao ataque a vítima comporta-se normalmente e tem amnésia para o episódio.

O *pibloktoq* encaixa na descrição de Hollender e Hirsch, excepto no que diz respeito ao início.

No *latah* o episódio começa com um susto súbito. Caracteriza-se por ecolália, ecopraxia e coprolália incontroláveis. Para Langness talvez haja um componente histérico, mas é concerteza psicótico.

O *imu* ocorre em Ainu no Japão e é virtualmente idêntica ao *latah*. Também começa com um susto súbito (ex: ver uma cobra). Os sintomas são: comportamento agressivo, ou fuga a correr em pânico; algumas pessoas apresentam o ecoar e a obediência automática

Ambas são doenças crônicas. O doente torna-se solitário, com mudanças marcadas na personalidade: assustadiço, meticoloso e tímido. São pessoas segregadas e perseguidas pelos outros.

A cronicidade em todas estas doenças pode ser função da resposta social à doença. Todas estas doenças são cultura-específicas e o comportamento exibido é culturalmente padronizado. Não há razão para que os sintomas sejam padronizados, recorrentes e culturalmente específicos a menos que de alguma maneira sejam aprendidos. O acontecimento perturbador desencadeador também é específico de cada cultura. O comportamento no final do episódio é demasiado consistente para ser idiossincrático.

Estas doenças estão em profundo contraste com a esquizofrenia, forma mais idiossincrática, onde nem as causas imediatas, os sintomas, os comportamentos e as repostas sociais são recorrentes e previsíveis.

Em conclusão final Langness chama a estas síndromes “*psicoses históricas*” e considera que se trata de um **fenómeno social e psicológico**.

Apesar do valor reconhecido deste trabalho de Langness, estamos perante um trabalho de pesquisa empírica, que não obedece aos critérios científicos de um estudo epidemiológico. Como tal as conclusões deste trabalho devem ser encaradas com as devidas reservas.

**III. Em 1969** é publicado um novo artigo de **Hollender e Hirsch** <sup>7</sup> que visa esclarecer melhor o conceito de psicose histórica. Neste trabalho Hollender e Hirsch tentam criar um suporte teórico que explique o aparecimento desta patologia. Deste modo, os autores abandonam o pressuposto de que se trata de um único processo e descrevem três processos que podem levar à psicose histórica.

Num primeiro tipo, a que os autores chamam de *comportamento culturalmente autorizado* o padrão de comportamento da psicose histórica pode ser providenciado e autorizado, ou pelo menos tolerado, por uma determinada cultura. De facto como, quando e onde esta forma de expressão pode ocorrer, e qual a resposta a ela que vai ser dada já está determinado.

É evidente que este episódio, que para um observador exterior parece ser psicótico, representa um bom teste da realidade num contexto socio-cultural particular, e expande, em vez de limitar o campo de acção da pessoa através da dramatização das suas dificuldades, prevenindo um conflito aberto com os outros, obtendo ajuda e suporte, e talvez mesmo evitando a desorganização psicótica.

Vários problemas se tornam evidentes nos estudos transculturais: a determinação destes comportamentos é consciente ou inconsciente? existe uma prescrição cultural dos padrões de comportamento? tratar-se-ia da utilização de mecanismos de coping versus as

manifestações de ruptura do ego?

Provavelmente trata-se de um mecanismo pelo menos em parte inconsciente, talvez histérico, mas provavelmente não psicótico.

Um segundo tipo de processo seria a *apropriação do comportamento psicótico*. Trata-se de uma simulação inconsciente do quadro de uma psicose, uma apropriação do comportamento psicótico, e como tal é de facto um processo de conversão. É uma dramatização, inconscientemente motivada, do papel de psicótico.

Os mecanismos envolvidos são basicamente os mesmos usados na apresentação de uma pantomina do processo de conversão mais convencional, tal como a paralisia de um membro. Sob a pressão de um conflito, ocorre regressão em certas áreas circunscritas de função do ego, mas a estrutura do ego mantém-se intacta.

Finalmente um terceiro tipo chamado de *verdadeira psicose*. Trata-se de uma disrupção e ruptura dos limites do ego. Trata-se de uma formulação consonante com as ideias de Freud: o falhanço da repressão, em resposta ao stress corrente pode ser a base do comportamento psicótico no sentido em que: permite a erupção de todo ou quase todo o material para fora do inconsciente; modifica a função do ego ligada à avaliação da realidade.

Ou seja, a psicose histérica verdadeira resulta da insuficiência dos mecanismos de coping e uma sobrecarga demasiada para o ego levando à ruptura temporária. A flexibilidade do ego que lhe permite a ruptura provavelmente também contribui para a capacidade de se reconstituir rapidamente. O facto essencial para fazer o diagnóstico diferencial entre este tipo e o anterior baseia-se no estudo do doente individual e do seu contexto cultural.

**IV. Em 1979 Cavenar, Sullivan e Maltbie** <sup>8</sup> publicam um novo trabalho sobre este tema

Numa primeira fase fazem a revisão do conceito de psicose histérica e sua abordagem psicodinâmica

Numa segunda fase, através do estudo de 4 casos os autores sugerem uma abordagem psicodinâmica diferente. Os autores são de opinião que existe um factor desencadeante comum em todos estes casos, tratar-se-ia de: emoções produzidas por uma proposta sexual feita à doente ou raiva e desapontamento face à ausência de proposta sexual. Esta circunstância adequar-se-ia apenas a doentes com organização histérica da personalidade.

Esta descoberta, na opinião dos autores, poderia ser muito útil para o diagnóstico diferencial entre psicose histérica e episódio esquizofrénico agudo.

É de salientar que embora um estudo de 4 casos possa ser importante no sentido de apontar novos caminhos para a investigação, não é no entanto conclusivo.

**V. Em 1985 Gift, Strauss e Young** <sup>9</sup> publicam os resultados de um estudo descritivo por eles efectuado.

Os critérios de psicose histérica enunciados por Hollender e Hirsch foram sistematicamente aplicados a uma amostra representativa de 217 doentes hospitalizados pela 1ª vez por doença psiquiátrica. Surpreendentemente, não foram encontrados doentes que atingissem todos estes critérios.

No entanto algumas críticas podem ser feitas a este estudo. Por um lado os critérios foram aplicados de uma maneira demasiado rígida, por outro lado o diagnóstico inicial não foi bem feito (no serviço de urgência) e provavelmente escaparam muitos outros casos que foram incluídos em grupos diagnósticos diferentes.

**VI. Em 1985 foi publicado um trabalho por um grupo de autores espanhóis (López-Ibor et al.)** <sup>10</sup> que relata um estudo epidemiológico sobre psicoses históricas .

Foi recolhida uma amostra de 30 doentes internados na Unidade de hospitalização do serviço de psiquiatria do Hospital Ramón e Cajal de Madrid, e que tiveram alta com o diagnóstico de psicose ou pseudopsicose histérica, psicose psicogénea ou psicose paranóide psicogénea.

Os resultados apontaram para uma alta percentagem de mulheres (3:1). 46.6% dos casos apresentavam personalidade prévia histérica, aparecendo também numerosos traços históricos nos transtornos mistos da personalidade (33.3%). Os quadros eram, de um modo geral, muito heterogéneos e atípicos. Em 70% dos casos apuraram-se factores precipitantes de carácter vivencial. O início foi súbito em 76.6% dos casos, havendo flutuação sintomatológica em 60%, com melhorias e recaídas espectaculares e alternância de sintomatologia delirante- alucinatória e distímica . Houve remissão completa em 80% e a média de duração do quadro foi de 22.7 dias. Durante 5 anos manteve-se o diagnóstico em 93.3% dos casos, tendo havido 33% de recidivas. Retomaram a sua actividade prévia 93%, não apresentando deterioração cognitiva. Não foram encontrados antecedentes familiares de esquizofrenia.

Na opinião dos autores, do referido artigo, estes resultados sugerem que são quadros realmente diferentes das doenças afectivas e esquizofrénicas, tanto em corte transversal como longitudinal, desde o ponto de vista clínico-evolutivo e de início. Em relação à DSMIII-R poder-se-iam enquadrar na Psicose Reactiva Breve.

A proposta final destes autores é a de adaptar os critérios de Hollender e Hirsch:

1. início brusco e dramático
2. relação temporal com um acontecimento e circunstância significativa
3. alucinações, delírios, despersonalização ou comportamentos bizarros
4. ausência de transtorno major do pensamento ou se houver, circunscrito e transitório
5. afecto com maior tendência para a labilidade do que para o embotamento
6. a duração do episódio é entre 1-3 semanas, sem deixar resíduos ou, em última instância mínimos
7. ocorre em personalidades históricas, predominantemente em mulheres
8. a sintomatologia pode ser flutuante e com intervalos de normalidade
9. o compromisso afectivo destes doentes é diferente do das psicoses endógenas
10. relação mais compreensível entre causa e efeito e menor latência entre desencadeantes

e clínica

11. uma menor percentagem de morbilidade psicótica endógena e de familiares de 1º grau
12. sem mutações no curso longitudinal, como pode suceder nas psicoses afectivas
13. não tem ritmo circadiano como nas psicoses depressivas
14. antecedentes psiquiátricos pessoais de natureza idêntica ou de distúrbio de personalidade (sobretudo histéricos) fundamentalmente.
15. excelente resposta aos tratamentos com remissão na totalidade dos casos.

Este estudo utiliza um método de investigação com alguma credibilidade científica à luz dos conhecimentos actuais, embora seja apenas um estudo epidemiológico descritivo, que não pode por definição ser conclusivo. Não tenta dar explicações etiológicas, mas tenta definir um quadro sindromático, através de parâmetros obtidos a partir do estudo.

**VII. Em 1992 Modestin e Bachmann** <sup>11</sup> publicam um estudo cujo objectivo era procurar perceber se a psicose histérica é de facto uma entidade definida e independente.

Foi feito um estudo epidemiológico com um grupo de casos e 2 grupos controles (psicose psicogénea reactiva e esquizofrenia). Todos os casos e controles são as 1º consultas entre 1978-1986. Fez-se uma avaliação retrospectiva cega dos processos clínicos. Além do diagnóstico segundo a DSMIII-R, foram colhidos dados demográficos e clínicos.

Foram encontradas as seguintes diferenças entre esquizofrenia e psicose psicogéneas reactivas (psicose histérica, psicose psicogénea reactiva não histérica):

Em relação ao curso da doença foi súbito nas psicoses histéricas e nas psicoses psicogéneas reactivas não histéricas, mais insidioso na esquizofrenia. Quanto ao peso dos acontecimentos de vida foi maior nas psicoses histéricas e nas psicoses psicogéneas reactivas não histéricas. A explicação psicodinâmica foi possível sobretudo nas psicoses histéricas e psicoses psicogéneas reactivas não histéricas.

Também alguns fenómenos psicopatológicos se apresentaram de um modo diferente: nas psicoses histéricas e nas psicoses psicogéneas reactivas não histéricas existem menos alucinações e delírios; sintomatologia depressiva foi encontrada em todos os grupos; a psicose histérica caracterizou-se por grande riqueza sintomatológica e mudança rápida de sintomas. No que diz respeito às variáveis de tratamento os neurolépticos são mais eficazes na esquizofrenia, nas psicoses histéricas e psicoses psicogéneas reactivas não histéricas obtêm-se melhores resultados com psicoterapia e intervenções psico-sociais

No diagnóstico segundo a DSMIII-R feito à posteriori a esquizofrenia foi rediagnosticada como distúrbio esquizofrénico ou esquizofreniforme, enquanto que as psicoses histéricas ou psicoses psicogéneas reactivas não histéricas foram rediagnosticadas como psicose atípica ou psicose reactiva breve.

Os autores chegaram assim às seguintes conclusões:

Doentes admitidos pela 1ª vez com psicose histérica, podem ser diferenciados da esquizofrenia. As diferenças dizem respeito a: distribuição de idades, personalidade pré-mórbida tempo de desenvolvimento e circunstâncias do início da doença, aspectos da sintomatologia e da terapêutica. Todos os doentes com psicose histérica tiveram alta ao

fim de 35 dias. O rediagnóstico segundo a DSMIII demonstrou que 3/4 dos doentes esquizofrénicos pertenciam ao espectro esquizofrénico, enquanto que a maioria dos doentes com psicose histérica foram rediagnosticados como psicose reactiva breve ou atípica.

Ao comparar psicose histérica e psicose psicogénea reactiva não histérica apenas duas diferenças estatisticamente significativas foram encontradas: a personalidade pré-morbida histérica ou histriónica e a mudança frequente do estado mental nas psicoses históricas.

Este trabalho de Modestin e Bachman tem o mérito de utilizar uma metodologia com um design de estudo de acordo com os conhecimentos científicos actuais. A utilização de casos e controles permite a minimização de vieses. Trata-se portanto de um estudo com credibilidade científica. Também este estudo não aponta para explicações etiológicas, mas tenta antes definir um quadro nosológico com características peculiares e com implicações terapêuticas e prognósticas definidas.

## COMENTÁRIO FINAL

Após o trabalho inicial de Hollender e Hirsh, vários autores se têm debruçado sobre este tema. Provavelmente porque alguns doentes que aparecem na prática clínica continuam a pôr muitas dúvidas diagnósticas. Os critérios de classificação existentes não dão resposta satisfatória para o grupo de doentes abordados neste trabalho e os conhecimentos psiquiátricos actuais não são ainda suficientemente esclarecedores, em termos etiopatogénicos

Estes trabalhos, embora seguindo diferentes metodologias, com maior ou menor credibilidade científica, chegam de um modo geral a conclusões semelhantes e parecem apontar para a seguinte formulação:

A psicose histérica é uma psicose psicogénea reactiva ocorrendo numa personalidade histérica/histriónica, o que dá um colorido ao quadro psicótico de uma maneira mais ou menos característica. Este facto parece condicionar um quadro nosológico bem definido e com implicações diagnósticas, prognósticas e terapêuticas peculiares.

Parece ainda questionável se o conceito de psicose histérica deve ser mantido como entidade com determinantes etiológicos bem definidos, no entanto em termos clínicos este tipo de abordagem pode ter bastantes vantagens.

Apesar da investigação sobre este problema estar ainda longe de ter chegado ao fim, todos estes trabalhos constituem uma motivação para novos caminhos de pesquisa nesta área, tão prometedora.

## BIBLIOGRAFIA

1. WELNER A; CROUGHAN J L ;ROBINS E :The group of schizoaffective and related psychosis. Critic record, follow-up and family studies. A persistent enigma. Arch Gen Psychiatry 1974; 31: 628-637.
2. ABRAMS R; TAYLOR M A : Mania and schizoaffective disorder manic type: a comparison. Am Journ Psychiatry 1976; 133: 1445-1447.
3. FAERGEMAN P M: Pscogenic Psychoses. A description and follow-up of psicoses following psychological stress. 1963. London.
4. STRÖMGREN W: Schizophreniform psychosisActa Psychiatr Scand 1963; 41: 483-489.
5. HOLLENDER M H ; HIRSCH S J : Hysterical Psychosis. Am J Psychiat 1964; 120: 1066-1074.
6. LANGNESS L L : Hysterical Psychosis: The cross cultural evidence. Am J Psychiat 1967; 124: 143-152.
7. HOLLENDER M H ; HIRSCH S J : Hysterical Psychosis: clarification of the concept. Am J Psychiat 1969; 125: 909-915.
8. CAVENAR O J; SULLIVAN J L ; MALTBIE A A : A clinical note on Hysterical Psychosis. Am J Psychiat 1979; 136: 830-832.
9. GIFT T H; STRAUSS J S ; YOUNG Y: Hysterical Psychosis: an empirical approach. Am J Psychiat 1985; 142: 345-347.
10. CHINCHILLA A; LÓPEZ-IBOR J J; CEBOLLADA A; CARRASCO J L; VEGA M; JORDA L; VINAS R ; SÁNCHEZ P ; MORENO I; CAMARERO ,M : Psicosis Histericas: aspectos clinico-evolutivos. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1989; 17, 4: 231-236.
11. MODESTIN J; BACHMANN K : Is the diagnosis of Hysterical Psychosis justified? Comprehensive Psychiatry 1992 ; vol.33, n°1: 17-24.